FUTURO

Esta semana, Buenos Aires fue sede de dos acontecimientos importantes sobre SIDA. En el Centro Cultural San Martín la Fundación Huésped organizó SIDA '93. Informar para la vida, con cinco jornadas dedicadas especialmente a los más expuestos, los jóvenes. Mientras tanto, el Instituto Goethe organizó un encuentro de especialistas en SIDA argentinos y alemanes del que participó Jürgen Poppinger, autor del primer manual de autoayuda contra la enfermedad. "Ahora se tiene cada seis meses una pareja distinta en vez de ser polígamo traicionando a una pareja estable. Pero estas monogamias en serie son tan peligrosas como las monogamias con traición", explica en una entrevista donde recuerda todo lo que uno debe saber sobre SIDA cuando cree que ya sabe bastante. Este FUTURO aporta también las últimas noticias sobre vacunas, relación entre el virus HIV y leche materna y las polémicas declaraciones de un experto argentino contra el AZT y hasta la relación entre el virus HIV y la enfermedad.



SIDA AL DIA

Reportaje al especialista alemán Jürgen Po

LA CLAVE ES AGRU

Por Sandra Igelka

El doctor Jürgen Poppinger es el autor del primer manual de autoayuda para el SIDA, que ya lleva vendidos en Europa más de 200.000 ejemplares. Es director médico del Deutsche Aids-Hilfe —una institución no gubernamental que trata en Alemania a los enfermos de SIDA haciendo especial hincapié en no internar al paciente— y estuvo en Buenos Aires invitado por el Instituto Goethe. Para Poppinger, es fundamental acompañar el tratamiento clínico con un buen grupo de autoayuda, que —comprobaron— prolonga la vida del enfermo. De esto de la identidad sexual y de cómo cuidarse habló en este reportaje.

—A pesar de que el primer caso de SIDA en la Argentina fue en el '82, recién ahora se está tomando conciencia del tema. ¿En Alemania existe preocupación en la sociedad?

—La actitud de la sociedad ha hecho una especie de zig-zag. Por ejemplo, en 1986 se produjo un enorme pánico porque se temía que el SIDA fuese una enfermedad epidémica. Ahora bajó un poco la ansiedad porque se sabe que hay grupos de riesgo circunscriptos. La actitud depende de los grupos. Entre los hombres homosexuales o drogadictos hay mucho más cuidado en las relaciones íntimas. Pero en el mundo heterosexual no ha variado demasiado; las conductas siguen siendo similares. Y a medida que decrece el miedo a la infección, de hecho así es, decrece también la discriminación.

—Al hablar de grupos de riesgo concretos, ¿no se fomenta la discriminación?

—Sí, en determinado momento se señaló a grandes grupos de la población como culpables y se les echó la culpa, por ejemplo, a los gays. Pero ese peligro disminuye en tanto la prevención es suficientemente clara como para señalar los riesgos verdaderos. Es muy importante aclarar que el riesgo no está en la orientación sexual de una persona, sino en su conducta sexual. Si hay sexo anal sin cuidado, el riesgo es mucho mayor. Esto no es una orientación sino una conducta.

—¿Cuáles son las claves que usted le da a la gente para cuidarse?

—Lo primero para prevenir es tener muy en claro los riesgos en cada grupo para poder disminuirlos. Por ejemplo, en los homosexuales, nunca tener una relación con un desconocido sin preservativo, o en los drogadictos, jamás utilizar una aguja usada. Son verdades de perogrullo. Pero también es importante aclarar los riesgos de personas que pueden estar infectadas por el virus, sobre todo por los pocos recursos que hay en el mundo para esto, y Alemania no es una excepción. Por eso es fundamental la campaña antidiscriminación, aclarando los riesgos.

—Una persona que convive con alguien infectado, o con SIDA, ¿cómo se cuida? Porque la mejor forma de no discriminar es saber.

—En la convivencia, si no hay contacto sexual —no hay contacto de sangre— no existe riesgo. Se puede convivir con un seropositivo, y si se tienen relaciones usar preservativo. De hecho yo trabajo con gente infectada, los atiendo en mi consultorio y tengo muchos amigos infectados y no hago ninguna diferencia.

—¿Las mujeres tienen mayor posibilidad de contagio?

—Desde el punto de vista estadístico tienen menos riesgo de infectarse en una relación heterosexual, porque hay menos hombres heterosexuales infectados que homosexuales. Pero en Alemania se está dando una experiencia muy especial, y yo mismo la comprobé. Estamos tratando a muchas mujeres infectadas por sus propios maridos. Es decir, un alto porcentaje de mujeres infectadas a través de un matrimonio aparentemente fiel, monogámico, etcétera, etcétera, y esto se da porque el marido fue drogadicto en algún momento, o porque es bisexual y ella no lo sabe. Desde el punto de vista estrictamente médico, en Alemania las mujeres tienen muy pocas posibilidades de infectarse, salvo éstas, en que se da por ignorancia de la bisexualidad del marido.

—El fantasma del SIDA fue muy relacionado a través de campañas con la promiscuidad. ¿Provocó una retracción en la vida sexual de la gente?

—Por supuesto que cambiaron las costumbres en la gente no perteneciente a grupos de riesgo. El número de parejas de una persona se ha reducido muchísimo, pero esto también es un arma de doble filo porque se ha cambiado la concepción de lo que se entendía por promiscuidad. Si antes significaba tener varios partenaires al mismo tiempo, ahora se es monógamo en forma seriada. Esto es, se tiene cada seis meses una pareja distinta, en vez de ser polígamo traicionando a su pareja estable. Pero estas monogamias en serie son tan peligrosas como las monogamias con traición.

—Algunos médicos consideran que no es tal la relación SIDA-virus HIV. Que hubo un apresuramiento en determinarla, asociándola con una vida sexual más libre. Por otro lado la gente tiene dudas: en un tiempo se dijo que la leche materna no transmitía el virus y ahora se sabe que sí, bueno, ¿no dirán después que los besos también contagian?

—Es cierto que hay casos comprobados de enfermos de SIDA que jamás han contraído el virus HIV. Pero son entre 12 y 24 casos los reconocidos científicamente en todo el mundo, de manera que no llega a ser una comprobación con valor científico. Si se puede afirmar que, en general, los enfermos de SIDA han contraído el virus. Mientras se siga evolucionando en las terapias y éstas tengan éxito —en Alemania están teniendo bastante— cada vez es mayor el porcentaje de gente que está afectado por el virus pero no hace desarrollo de una enfermedad y se mantiene como portador sano. En cuanto a los riesgos, hay que tener en cuenta que la ciencia se desarrolla año tras año y se aprenden cosas nuevas. Hay contagio a través de algunas células de sangre que se transmiten por la leche materna al chico no infectado. En el caso del beso, el riesgo es tan ínfimo y extremadamente improbable que sería inhumano no tratar de hacer una campaña anti-beso. Hay mucha menos probabilidad de infectarse a través de un beso, que, por ejemplo, a través de un accidente de auto.

—¿Cuáles son esas terapias que tienen éxito en Alemania?

—Las mejoras se dan en tres niveles médicos específicos. Hay una terapia del HIV capaz de mantener bastante estable el sistema inmunológico, de manera que el infectado por el virus pueda vivir mucho tiempo sin desencadenar una enfermedad. En el segundo plano, hay una profilaxis mucho más efectiva y dirigida al defecto inmunológico, es decir cuando ya se desencadena una enfermedad, porque los casos se van reconociendo cada vez más. El tercer punto es que las infecciones son cada vez más reconocibles, entonces se pueden tratar con bastante anticipación y hacer un gran ataque al virus que amenaza el organismo. Por eso la gente infectada vive mucho más tiempo que antes por estas tres formas de reconocer y de tratamiento. Nosotros, en nuestro consultorio, tratamos gente que llegó hace tres años con un sistema inmunológico muy bajo, o prácticamente nulo, y hoy sigue viviendo con el mismo sistema inmunológico. Una persona sana tiene quinientas células inmunológicas por milímetro cúbico de sangre, una persona con un sistema inmunológico muy bajo tiene entre dos y diez de estas células defensivas por milímetro cúbico. Nosotros hemos logrado que con ese sistema siga viviendo, como lo hacía tres años atrás, y manteniendo las mismas condiciones.

—¿Cuánto puede vivir hoy una persona con SIDA?

—Está constatado que una persona infectada, en una situación de enfermedad muy desencadenada, puede vivir por lo menos tres años. Pero yo podría afirmar que esa persona puede vivir mucho tiempo más, depende de las terapias. En este caso las posibilidades de vida son cada vez mayores, pero no podría dar cifras que pudieran o alarmar o dar esperanzas en vano. Depende del caso. Pero la situación terapéutica es cada vez mejor.

—¿Siempre se repite el mismo tipo de enfermedades —neumonía, sarcoma de Kaposi, etcétera— en el enfermo de SIDA?

—No hay un desarrollo específico de ese sistema de enfermedades. La reacción depende de muchas cosas. Hay quien se trata, vuelve a estar sano y vuelve a enfermarse, o se mantiene con el mismo caso sintomático por mucho tiempo. Por eso no hay un solo tratamiento efectivo, porque ninguna persona es igual a otra.

—¿Qué drogas están utilizando en sus terapias, considerando que también el AZT ha sido cuestionado?

—En Alemania se experimenta mucho con el AZT y ahora se han agregado la DDI y DDC, que son bastante bien soportadas y se las aplica cuando el cuadro es muy temprano, en especial cuando se combina una de las dos con el AZT. El problema es que para un "enfermo enfermo", el AZT es poco soportable, opera como una bomba sobre el organismo. Pero si se aplican estas drogas en un cuadro temprano tienen bastante éxito. Ahora hay un nuevo sistema de "grupo de drogas", que hacen que el virus no se haga inmune al ataque de la droga —como suele ocurrir— y se llaman "inhibidores no nucleósicos análogos de la transcriptasis reversible". El problema con la aplicación del AZT en Alemania también es complicado porque no todo el mundo lo acepta. En primer lugar, hay gente que se siente subjetivamente sana, aunque esté objetivamente infectada, y con el suministro de AZT uno la hace sentir enferma. Tomar medicamentos la hace sentir decaída. Desde el punto de vista médico, sin embargo, se parte de la base de que toda persona enferma necesita terapia y no se discute la aplicación del AZT.

—En pocas palabras, ¿cuál es la acción concreta de estas terapias sobre el enfermo? ¿Cómo actúan?

—Estas tres drogas que nombramos hacen que el virus crezca mucho más lentamente; esto le permite al paciente una sensación de curación. Si bien no se está curando efectivamente porque el virus va a seguir existiendo. Como respuesta grosera: frenan el virus. Pero lo más importante es que desencadenan una serie de factores psicológicos que también operan para frenarlo. Es decir, el paciente se siente mejor, decide enfrentar su enfermedad, se mete en un grupo de terapia. De manera que el AZT no es el único necesario, también hay otro tipo de terapia no medicamentosa para acompañar el proceso.

—¿Incide mucho la reacción de la persona, si se deprime mucho, para la evolución de la enfermedad?

—Los factores psicológicos inciden muchísimo. Se ha constatado que personas que cayeron en una depresión después de enterarse de que tenían el virus, han desarrollado con mayor celeridad la enfermedad que aquellas que pudieron tomarlo de una manera un poco más tamizada. Las personas depresivas toleran menos la enfermedad, el entorno que ésta genera, la muerte de los amigos. De manera que los factores psíquicos influyen sobre el desenvolvimiento del virus y sobre la propia calidad de vida, que también influye sobre él. Y hay un factor muy importante: aquellas personas que tienen una identidad sexual muy definida —o sea alguien que se reconoció siempre como homosexual— y tiene el virus, va a poder soportarlo y combatirlo más abiertamente, será soportado por la red social a la que pertenece. Si uno es bisexual y nunca lo ha aceptado y nunca lo admitió públicamente, infectarse provoca una depresión mayor que influye sobre la calidad de vida. Una identidad sexual clara es importante para combatir los problemas psicológicos que trae la en-

LA LECHE PUEDE AYUDAR

Los nuevos conocimientos sobre el modo en que el virus del SIDA se transmite a través de la leche materna pueden ayudar a inventar una vacuna que proteja a los bebés de la infección transmitida por sus madres.

Por un tiempo, sólo se supo que el HIV se podía encontrar en la leche de una mujer infectada, igual que en otros fluidos del cuerpo. Pero a los científicos se les hace muy difícil cuantificar el margen de riesgo de infección de un chico, porque todavía no se sabe cuándo y cómo contraen el virus los bebés. Algunos pueden infectarse en el útero y otros contraer HIV durante el parto. También hubo algunos casos de madres no infectadas durante el nacimiento que recibieron después transfusiones de sangre infectada y le pasaron el virus a los bebés a través de la leche materna.

La solución se complica aún más considerando que lleva unos 18 meses saber si el chico ha heredado de su madre células defensoras contra el HIV, y lo combatirá, o está genuinamente infectado con el virus y va a enfermarse.

Dirigidos por el doctor Phillippe van de Perre, científicos de Rwanda y Francia se dedicaron a observar a 218 niños lactantes, nacidos de madres infectadas, tratando de establecer riesgos específicos. El 21 por ciento de los chicos fue clasificado como HIV positivo, el 64 por ciento como no infectado y el 15 por ciento como en estado "no determinado".

Los investigadores consideraron especialmente las defensas químicas que se encuentran en la leche —llamadas IgC, IgA y IgM— porque se sabe que son las encargadas de proteger contra una cantidad de enfermedades. Los descubrimientos, publicados en el periódico médico *Lancet*, afirman que las madres que tengan bajo nivel de una de las proteínas en su leche —la IgM— tienen de lejos una mayor posibilidad de tener hijos HIV positivos. La proteína consigue, de algún modo, desactivar el virus, o reducir su infectividad.

Los científicos recalcaron muy bien que sus hallazgos no son argumento para incitar a las mujeres a renunciar a la leche materna, reemplazándola por la leche de fórmula, ya que hay ciertas evidencias de que los chicos infectados mueren más rápidamente cuando se les da leche maternizada que cuando son amamantados.

Comentando los descubrimientos, un líder en la investigación del SIDA en la infancia, el doctor Jacqueline Mok, del City Hospital de Edimburgo, dijo que la leche materna protege contra las infecciones gastrointestinales y respiratorias tanto a los bebés infectados de HIV como a los que no lo están.

(Fuente: *The Guardian*)



Por Sandra Igelka

Reportaje al especialista alemán Jürgen Poppinger

LA CLAVE ES AGRUPARSE

El doctor Jürgen Poppinger es el autor del primer manual de autoayuda para el SIDA, que ya lleva vendidos en Europa más de 200.000 ejemplares. Es director médico del Deutsche Aids-Hilfe —una institución no gubernamental que trata en Alemania a los enfermos de SIDA haciendo especial hincapié en no internar al paciente— y estuvo en Buenos Aires invitado por el Instituto Goethe. Para Poppinger, es fundamental acompañar el tratamiento clínico con un buen grupo de autoayuda, que —comprobaron— prolonga la vida del enfermo. De esto de la identidad sexual y de cómo cuidarse habló en este reportaje.

—A pesar de que el primer caso de SIDA en la Argentina fue en el '82, recién ahora se está tomando conciencia del tema. ¿En Alemania existe preocupación en la sociedad?

—La actitud de la sociedad ha hecho una especie de zig-zag. Por ejemplo, en 1986 se produjo un enorme pánico porque se temía que el SIDA fuese una enfermedad epidémica. Ahora bajó un poco la ansiedad porque se sabe que hay grupos de riesgo circunscriptos. La actitud depende de los grupos. Entre los hombres homosexuales o drogadictos hay mucho más cuidado en las relaciones íntimas. Pero en el mundo heterosexual no ha variado demasiado; las conductas siguen siendo similares. Y a medida que decrece el miedo a la infección, de hecho así es, decrece también la discriminación.

—Al hablar de grupos de riesgo concretos, ¿no se fomenta la discriminación?

—Sí, en determinado momento se señaló a grandes grupos de la población como culpables y se les echó la culpa, por ejemplo, a los gays. Pero ese peligro disminuye en tanto la prevención es suficientemente clara como para señalar los riesgos verdaderos. Es muy importante aclarar que el riesgo no está en la orientación sexual de una persona, sino en su conducta sexual. Si hay sexo anal sin cuidado, el riesgo es mucho mayor. Esto no es una orientación sino una conducta.

—¿Cuáles son las claves que usted le da a la gente para cuidarse?

—Lo primero para prevenir es tener muy en claro los riesgos en cada grupo para poder disminuirlos. Por ejemplo, en los homosexuales, nunca tener una relación con un desconocido sin preservativo, o en los drogadictos, jamás utilizar una aguja usada. Son verdades de perogrullo. Pero también es importante aclarar los riesgos de personas que pueden estar infectadas por el virus, sobre todo por los pocos recursos que hay en el mundo para esto, y Alemania no es una excepción. Por eso es fundamental la campaña antidiscriminación, aclarando los riesgos.

—Una persona que convive con alguien infectado, o con SIDA, ¿cómo se cuida? Porque la mejor forma de no discriminar es saber.

—En la convivencia, si no hay contacto sexual —no hay contacto de sangre— no existe riesgo. Se puede convivir con un seropositivo, y si se tienen relaciones usar preservativo. De hecho yo trabajo con gente infectada, los atiendo en mi consultorio y tengo muchos amigos infectados y no hago ninguna diferencia.

—¿Las mujeres tienen mayor posibilidad de contagio?

—Desde el punto de vista estadístico tienen menos riesgo de infectarse en una relación heterosexual, porque hay menos hombres heterosexuales infectados que homosexuales. Pero en Alemania se está dando una experiencia muy especial, y yo mismo la comprobé. Estamos tratando a muchas mujeres infectadas por sus propios maridos. Es decir, un alto porcentaje de mujeres infectadas a través de un matrimonio aparentemente fiel, monogámico, etcétera, etcétera, y esto se da porque el marido fue drogadicto en algún momento, o porque es bisexual y ella no lo sabe. Desde el punto de vista estrictamente médico, en Alemania las mujeres tienen muy pocas posibilidades de infectarse, salvo éstas, en que se da por ignorancia de la bisexualidad del marido.

—El fantasma del SIDA fue muy relacionado a través de campañas con la promiscuidad. ¿Provocó una retracción en la vida sexual de la gente?

—Por supuesto que cambiaron las costumbres en la gente no perteneciente a grupos de riesgo. El número de parejas de una persona se ha reducido muchísimo, pero esto también es un arma de doble filo porque se ha cambiado la concepción de lo que se entendía por promiscuidad. Si antes significaba tener varios partenaires al mismo tiempo, ahora se es monógamo en forma seriada. Esto es, se tiene cada seis meses una pareja distinta, en vez de ser polígamo traicionando a su pareja estable. Pero estas monogamias en serie son tan peligrosas como las monogamias con traición.

—Algunos médicos consideran que no es tal la relación SIDA-virus HIV. Que hubo un apresuramiento en determinarla, asociándola con una vida sexual más libre. Por otro lado la gente tiene dudas: en un tiempo se dijo que la leche materna no transmitía el virus y ahora se sabe que sí, bueno, ¿no dirán después que los besos también contagian?

—Es cierto que hay casos comprobados de enfermos de SIDA que jamás han contraído el virus HIV. Pero son entre 12 y 24 casos los reconocidos científicamente en todo el mundo, de manera que no llega a ser una comprobación con valor científico. Sí se puede afirmar que, en general, los enfermos de SIDA han contraído el virus. Mientras se siga evolucionando en las terapias y éstas tengan éxito —en Alemania están teniendo bastante— cada vez es mayor el porcentaje de gente que está afectado por el virus pero no hace desarrollo de una enfermedad y se mantiene como portador sano. En cuanto a los riesgos, hay que tener en cuenta que la ciencia se desarrolla año tras año y se aprenden cosas nuevas. Hay contagio a través de algunas células de sangre que se transmiten por la leche materna al chico no infectado. En el caso del beso, el riesgo es tan ínfimo y extremadamente improbable que sería inhumano tratar de hacer una campaña anti-beso. Hay mucha menos probabilidad de infectarse a través de un beso, que, por ejemplo, a través de un accidente de auto.

—¿Cuáles son esas terapias que tienen éxito en Alemania?

—Las mejoras se dan en tres niveles médicos específicos. Hay una terapia del HIV capaz de mantener bastante estable el sistema inmunológico, de manera que el infectado por el virus pueda vivir mucho tiempo sin desencadenar una enfermedad. En el segundo plano, hay una profilaxis mucho más efectiva y dirigida al defecto inmunológico, es decir cuando ya se desencadena una enfermedad, porque los casos se van reconociendo cada vez más. El tercer punto es que las infecciones son cada vez más reconocibles, entonces se pueden tratar con bastante anticipación y hacer un gran ataque al virus que amenaza el organismo. Por eso la gente infectada vive mucho más tiempo que antes por estas tres formas de reconocer y de tratamiento. Nosotros, en nuestro consultorio, tratamos gente que llegó hace tres años con un sistema inmunológico muy bajo, o prácticamente nulo, y hoy sigue viviendo con el mismo sistema inmunológico. Una persona sana tiene quinientas células inmunológicas por milímetro cúbico de sangre, una persona con un sistema inmunológico muy bajo tiene entre dos y diez de estas células defensivas por milímetro cúbico. Nosotros hemos logrado que con ese sistema siga viviendo, como lo hacía tres años atrás, y manteniendo las mismas condiciones.

—¿Cuánto puede vivir hoy una persona con SIDA?

—Está constatado que una persona infectada, en una situación de enfermedad muy desencadenada, puede vivir por lo menos tres años. Pero yo podría afirmar que esa persona puede vivir mucho tiempo más, depende de las terapias. En este caso las posibilidades de vida son cada vez mayores, pero no podría dar cifras que pudieran o alarmar o dar esperanzas en vano. Depende del caso. Pero la situación terapéutica es cada vez mejor.

—¿Siempre se repite el mismo tipo de enfermedades —neumonía, sarcoma de Kaposi, etcétera— en el enfermo de SIDA?

—No hay un desarrollo específico de ese sistema de enfermedades. La reacción depende de muchas cosas. Hay quien se trata, vuelve a estar sano y vuelve a enfermarse, o se mantiene con el mismo caso sintomático por mucho tiempo. Por eso no hay un solo tratamiento efectivo, porque ninguna persona es igual a otra.

—¿Qué drogas están utilizando en sus terapias, considerando que también el AZT ha sido cuestionado?

—En Alemania se experimenta mucho con el AZT y ahora se han agregado la DDI y DDC, que son bastante bien soportadas y se las aplica cuando el cuadro es muy temprano, en especial cuando se combina una de las dos con el AZT. El problema es que para un "enfermo enfermo", el AZT es poco soportable, opera como una bomba sobre el organismo. Pero si se aplican estas drogas en un cuadro temprano tienen bastante éxito. Ahora hay un nuevo sistema de "grupo de drogas", que hacen que el virus no se haga inmune al ataque de la droga —como suele ocurrir— y se llaman "inhibidores no nucleósicos análogos de la transcriptasis reversible". El problema con la aplicación del AZT en Alemania también es complicado porque no todo el mundo lo acepta. En primer lugar, hay gente que se siente subjetivamente sana, aunque esté objetivamente infectada, y con el suministro de AZT uno la hace sentir enferma. Tomar medicamentos la hace sentir decaída. Desde el punto de vista médico, sin embargo, se parte de la base de que toda persona enferma necesita terapia y no se discute la aplicación del AZT.

—En pocas palabras, ¿cuál es la acción concreta de estas terapias sobre el enfermo? ¿Cómo actúan?

—Estas tres drogas que nombramos hacen que el virus crezca mucho más lentamente; esto le permite al paciente una sensación de curación. Si bien no se está curando efectivamente porque el virus va a seguir existiendo. Como respuesta grosera: frenan el virus. Pero lo más importante es que desencadenan una serie de factores psicológicos que también operan para frenarlo. Es decir, el paciente se siente mejor, decide enfrentar su enfermedad, se mete en un grupo de terapia. De manera que el AZT no es el único necesario, también hay otro tipo de terapia no medicamentosa para acompañar el proceso.

—¿Incide mucho la reacción de la persona, si se deprime mucho, para la evolución de la enfermedad?

—Los factores psicológicos inciden muchísimo. Se ha constatado que personas que cayeron en una depresión después de enterarse de que tenían el virus, han desarrollado con mayor celeridad la enfermedad que aquellas que pudieron tomarlo de una manera un poco más tamizada. Las personas depresivas toleran menos la enfermedad, el entorno que ésta genera, la muerte de los amigos. De manera que los factores psíquicos influyen sobre el desenvolvimiento del virus y sobre la propia calidad de vida, que también influye sobre él. Y hay un factor muy importante: aquellas personas que tienen una identidad sexual muy definida —o sea alguien que se reconoció siempre como homosexual— y tiene el virus, va a poder soportarlo y combatirlo más abiertamente, será soportado por la red social a la que pertenece. Si uno es bisexual y nunca lo ha aceptado y nunca lo admitió públicamente, infectarse provoca una depresión mayor que influye sobre la calidad de vida. Una identidad sexual clara es importante para combatir los problemas psicológicos que trae la enfermedad. En Alemania los grupos integrados en organizaciones, como los homosexuales masculinos, soportan mucho mejor la enfermedad. Lo contrario pasa con las mujeres, porque no hay estos grupos de apoyo o autoayuda. Y está comprobado que las mujeres viven mucho menos.

—¿Entonces recomienda, además de una terapia y un tratamiento psicológico, un grupo de autoayuda?

—El tratamiento tiene tres columnas vertebrales: el tratamiento médico específico que ataca el síntoma, pero es inseparable de un tratamiento psicológico, y el tercer factor; integrar al paciente a un grupo social que lo contenga, que lo asista, donde pueda intercambiar experiencias, sentirse bien..., hablar entre pares. Esta interrelación de las tres terapias es muy importante, porque el objetivo fundamental de las tres juntas es que la persona vuelva a tener autonomía, vuelva a su actividad. Porque la persona infectada suele sentirse arrancada de su autonomía, se entrega y se deja estar. Hay que atacar el virus, pero hacer que pueda volver a estar sola. Devolverla a su actividad y al entorno del cual viene.

—¿Usted le aconsejaría a la gente que se haga el test del HIV? ¿Y hay alguna enfermedad que uno pueda considerar un síntoma como para decidir hacérselo?

—Yo estoy absolutamente en contra de hacer test generalizados, no aconsejo que se hagan indiscriminadamente. En Alemania también es ilegal obligar a alguien a hacerse el examen, así que esto es consensuado y avalado por la ley. Personalmente, le diría a la gente que sólo se lo haga si lo siente subjetivamente necesario. O sea, que ha evaluado su conducta sexual y sabe por cuáles grupos de riesgo anduvo. Creo, además, que debe hacerlo quien ya ha evaluado qué haría en caso de ser positivo. El que ya tiene una idea clara de las consecuencias de las dos posibilidades. Respecto de los síntomas, yo no esperaría a que se declare. Aunque sea un resfrío o algo inocuo, la declaración de un síntoma indica que ya es demasiado tarde. Prefiero dejar de lado esto y aconsejar un examen consciente de sus conductas sexuales anteriores.

—En su manual, ¿qué le dice a la gente —además de que use preservativos y no comparta jeringas— para vivir en la era del SIDA?

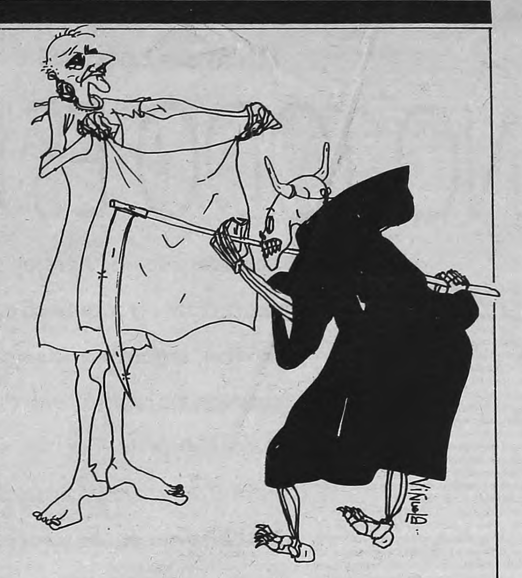
—Yo recomendaría que en este tiempo contemporáneo no se le tenga miedo a la infección HIV, porque puede ser combatida, y cada vez con mayor éxito. El miedo a la infección es tan peligroso como la infección misma, porque nos hace impermeables al cuidado y permeables al tabú. Nos hace imposible la lucha. Hay que sustituir el miedo por el cuidado.

—¿Confía en que pronto se hallará una vacuna?

—Aunque no soy inmunólogo ni virólogo, soy bastante escéptico respecto de una posible vacuna, porque la mutabilidad del virus es cada vez mayor. Además, no varía sólo en sí mismo, sino respecto de los lugares de donde proviene. El que viene de Estados Unidos es distinto del de Africa o Europa, entonces es difícil lograr una vacuna. Y la posibilidad de medir su efectividad va a tardar mucho tiempo. Así que no debemos esperar una vacuna ciento por ciento efectiva en los próximos años. Sería bueno concentrar la energía en terapias más efectivas. Y usar a ultranza preservativos.

—En su país se venden más preservativos, ¿los jóvenes cambiaron su conducta?

—La venta de preservativos aumentó muchísimo en la población gay masculina. En los heterosexuales, apenas, y en la juventud es un gran problema, que debería ocuparnos en los próximos años, porque la gente joven —que recién se inicia en el sexo— tiene en su cabeza cosas muy diferentes a usar preservativo. Es fundamental encarar una educación en los grupos que estén en contacto con ellos (colegios, iglesias o lo que fuera) y lograr que no conciban la sexualidad con culpa, sino como un juego. Así como una vez se difundió en las mujeres su posibilidad de prevenir el embarazo, ahora debe hacerse con el SIDA en los chicos.



LA LECHE PUEDE AYUDAR

Los nuevos conocimientos sobre el modo en que el virus del SIDA se transmite a través de la leche materna pueden ayudar a inventar una vacuna que proteja a los bebés de la infección transmitida por sus madres.

Por un tiempo, sólo se supo que el HIV se podía encontrar en la leche de una mujer infectada, igual que en otros fluidos del cuerpo. Pero a los científicos se les hace muy difícil cuantificar el margen de riesgo de infección de un chico, porque todavía no se sabe cuándo y cómo contraen el virus los bebés. Algunos pueden infectarse en el útero y otros contraer HIV durante el parto. También hubo algunos casos de madres no infectadas durante el nacimiento que recibieron después transfusiones de sangre infectada y le pasaron el virus a los bebés a través de la leche materna.

La solución se complica aún más considerando que lleva unos 18 meses saber si el chico ha heredado de su madre células defensoras contra el HIV, y lo combatirá, o está genuinamente infectado con el virus y va a enfermarse.

Dirigidos por el doctor Phillippe van de Perre, científicos de Rwanda y Francia se dedicaron a observar a 218 niños lactantes, nacidos de madres infectadas, tratando de establecer riesgos específicos. El 21 por ciento de los chicos fue clasificado como HIV positivo, el 64 por ciento como no infectado y el 15 por ciento como en estado "no determinado".

Los investigadores consideraron especialmente las defensas químicas que se encuentran en la leche —llamadas IgC, IgA y IgM— porque se sabe que son las encargadas de proteger contra una cantidad de enfermedades. Los descubrimientos, publicados en el periódico médico *Lancet*, afirman que las madres que tengan bajo nivel de una de las proteínas en su leche —la IgM— tienen de lejos una mayor posibilidad de tener hijos HIV positivos. La proteína consigue, de algún modo, desactivar el virus, o reducir su infectividad.

Los científicos recalcaron muy bien que sus hallazgos no son argumento para incitar a las mujeres a renunciar a la leche materna, reemplazándola por la leche de fórmula, ya que hay ciertas evidencias de que los chicos infectados mueren más rápidamente cuando se les da leche maternizada que cuando son amamantados.

Comentando los descubrimientos, un líder en la investigación del SIDA en la infancia, el doctor Jacqueline Mok, del City Hospital de Edimburgo, dijo que la leche materna protege contra las infecciones gastrointestinales y respiratorias tanto a los bebés infectados de HIV como a los que no lo están.

(Fuente: *The Guardian*)

Según Willy Rozembaum

"SOLO UNA MINORIA DE PACIENTES APROVECHA LOS AVANCES CONTRA EL SIDA"

EL PAIS
de Madrid

(Por Lucía Argos) Willy Rozembaum, de 47 años, diagnosticó el primer caso de SIDA en Francia y procuró a Luc Montagnier el cultivo de un ganglio con el que descubrió el virus en 1983. Diez años después, le duele que *sólo una minoría de pacientes se esté beneficiando de los avances,* porque el rechazo social les impide identificarse como tales. Rozembaum, que participa en el Congreso Internacional sobre Avances en Medicina que se celebra en Las Palmas, opina que "la modificación de los comportamientos sociales será más beneficiosa para los afectados que todos los progresos científicos".

En 1981, Rozembaum estaba "por casualidad" como profesor asistente en un servicio de enfermedades infecciosas y tropicales de París cuando recibió un boletín del Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (EE.UU.), en el que se reportaban cinco casos de varones homosexuales afectados por un extraño cuadro clínico. "Era el 7 de julio de 1981 y casualmente ese mismo día por la tarde recibía a un paciente, auxiliar de vuelo homosexual, que presentaba los mismos síntomas." Julio, agosto, setiembre. Las publicaciones médicas norteamericanas seguían dando noticias de casos similares. El, repasando con un colega, recordó que tres años atrás casos como éstos habían pasado por sus manos. Ante la posibilidad de que fuera una enfermedad nueva creó un grupo de trabajo sobre SIDA, que en 1982 se vio paralizado cuando Robert Gallo describió que el agente causante era un retrovirus. Ninguno del equipo era un experto en retrovirus.

"Después de este anuncio intentamos encontrar alguna persona que pudiera hacer el trabajo. Pero la respuesta siempre fue no. Estamos con otra cosa... Este tipo de enfermedad... homosexuales...", recuerda que le decían entre el desprecio y el miedo. En diciembre de 1982, Rozembaum habla en el Instituto Pasteur para explicar el estado de conocimiento de la enfermedad, una conferencia que acaba con la ya legendaria frase: "¿Hay algún retrovirólogo en la sala?". Nadie le contestó. "Estaba casi desesperado", rememora. Apenas pasaron unas horas cuando una colaboradora le sugirió llamar personalmente a Jean Luc Montagnier, virólogo del Pasteur. "Lo hice. Lo llamé, le expliqué lo que quería analizar y él me dijo: 'De acuerdo. ¿Cuándo empezamos? ¿La semana próxima? OK'." Montagnier recibió un cultivo procedente del ganglio de un paciente infectado y pocas semanas después de la conversación su equipo identificó al HIV, el virus responsable del SIDA.

Diez años han permitido a Rozembaum, médico del hospital de la Universidad de S. Antoine y profesor de la Universidad de París, ser más optimista sobre el control de la enfermedad. "Sobre todo, tenemos una visión más o menos clara de la estrategia de lucha. Hay progresos muy importantes. La gente es muy impaciente, pero la realidad es que las cosas van a una velocidad jamás esperada", explica. Ahora, sin embargo, lo que más le preocupa "es que los progresos van de prisa, pero los beneficios no están claros para los pacientes, incluso en países como los nuestros". Asegura que en Francia sólo el 50 por ciento de los afectados de SIDA está aprovechando los tratamientos terapéuticos. "Una razón importante es que es difícil darse a conocer como seropositivo por el estigma social que supone, y otra que no se está explicando suficientemente a los afectados los beneficios del tratamiento." Rozembaum está absolutamente convencido de que un cambio social tendría más beneficios en el enfermo que los avances científicos en este campo. "El progreso médico no es sólo técnico, es global. No hay ciencia sin conciencia", insiste.

El médico francés está esperanzado, al igual que colegas de otros países, en la terapia combinada de tres medicamentos: AZT, DDI y otro fármaco, tal y como ha sido descripta recientemente en la revista *Nature*. El ensayo en humanos empezará a hacerse en unas semanas en Estados Unidos y en un protocolo conjunto en Francia, Reino Unido y Alemania. Rozembaum explica así el experimento: "Hay una estrategia de ajedrez que consiste en ganar bloqueando al rey sin necesidad de matarlo. Es más fácil bloquearlo con tres piezas que con una".

Como francés y como médico, Rozembaum ha vivido el escándalo de la sangre contaminada en Francia con la que contrajeron el SIDA miles de ciudadanos: "Este fenómeno es el reflejo de la negación de individuos, instituciones y sociedades a la existencia de esta enfermedad", opina. "Pero a mí lo que realmente me escandaliza no es lo que pasó en 1985, en un período en el que los conocimientos no eran seguros, sino que hoy no se hace todo lo posible para evitar la transmisión en las condiciones que conocemos perfectamente", añade.

PRIMERAS VACUNAS EN EL '94

Una vacuna preventiva contra el HIV comenzará a probarse en humanos en el '94. Este anuncio lo hizo el jefe de investigaciones de la Harvard Medical School de Estados Unidos, Ronald Desrosiers, al explicar en Bilbao que en esa fecha comenzará a probar la vacuna obtenida con su equipo, siempre y cuando sea aprobada por los comités éticos de su país.

Aunque esta noticia suscita gran esperanza a largo plazo —se trata de la más radical y efectiva de las vacunas que se están probando— es también el modelo de mayor riesgo, porque utiliza el virus del SIDA, atenuado. El investigador explicó que extrajeron cuatro componentes genéticos esenciales del virus y los inocularon en 18 monos y ninguno desarrolló la enfermedad, ni siquiera cuatro a los que se les inyectó una dosis doble. El éxito con monos fue lo que los llevó a adelantar la experimentación en personas "porque en el caso del SIDA ganar unos años es muy importante". Antes, sin embargo, el equipo de Harvard experimentará en chimpancés durante seis meses.

Este tipo de vacunas tiene el problema de la seguridad, por eso su experimentación en seres humanos genera planteos éticos. Los investigadores no pueden asegurar que la vacuna sea totalmente inocua a largo plazo. "Los componentes genéticos que hemos extraído impiden que el virus sufra mutaciones por un período largo, pero no sabemos si puede activarse en 15 o 20 años". Recién entonces se podrá conocer su grado de seguridad, "pero es mejor esperar veinte años que renunciar a tener una vacuna totalmente efectiva", opinó Desrosiers. El está convencido de que éste es el modelo que dará en el clavo, porque es el que se usó para combatir otras enfermedades.

Los otros experimentos que se están realizando, o usan el virus totalmente muerto (con lo cual su eficacia es relativa) o usan porciones aisladas del material del propio virus, lo que tampoco da una protección total.

Otra ventaja es que será mucho más barata —se obtiene fácilmente y con un mililitro se vacuna a 5000 personas—, lo que es fundamental para el Tercer Mundo, donde actualmente se encuentra el 80 por ciento de los infectados del mundo.

(Fuente: *The Guardian*)

ppinger

PARSE

medad. En Alemania los grupos integra-
s en organizaciones, como los homosexua-
masculinos, soportan mucho mejor la en-
medad. Lo contrario pasa con las
ijeres, porque no hay estos grupos de apo-
o autoayuda. Y está comprobado que las
ijeres viven mucho menos.

—*¿Entonces recomienda, además de una
apia y un tratamiento psicológico, un gru-
de autoayuda?*

—El tratamiento tiene tres columnas ver-
rales: el tratamiento médico específico
e ataca el síntoma, pero es inseparable de
tratamiento psicológico, y el tercer factor;
egrar al paciente a un grupo social que lo
ntenga, que lo asista, donde pueda inter-
mbiar experiencias, sentirse bien..., hablar
tre pares. Esta interrelación de las tres te-
pias es muy importante, porque el objeti-
fundamental de las tres juntas es que la
rsona vuelva a tener autonomía, vuelva a
actividad. Porque la persona infectada
ele sentirse arrancada de su autonomía, se
trega y se deja estar. Hay que atacar el vi-
, pero hacer que pueda volver a estar so-
Devolverla a su actividad y al entorno del
al viene.

—*¿Usted le aconsejaría a la gente que se
ga el test del HIV? ¿Y hay alguna enfer-
edad que uno pueda considerar un sínto-
a como para decidir hacérselo?*

—Yo estoy absolutamente en contra de ha-
test generalizados, no aconsejo que se ha-
n indiscriminadamente. En Alemania tam-
én es ilegal obligar a alguien a hacerse el
amen, así que esto es consensuado y ava-
lo por la ley. Personalmente, le diría a la
nte que sólo se lo haga si lo siente subjeti-
mente necesario. O sea, que ha evaluado
conducta sexual y sabe por cuáles grupos
riesgo anduvo. Creo, además, que debe
cerlo quien ya ha evaluado qué haría en
so de ser positivo. El que ya tiene una idea
ra de las consecuencias de las dos posibi-
ades. Respecto de los síntomas, yo no es-
raría a que se declare. Aunque sea un res-
o o algo inocuo, la declaración de un sín-
ma indica que ya es demasiado tarde. Pre-
ero dejar de lado esto y aconsejar un exa-
en consciente de sus conductas sexuales an-
riores.

—*En su manual, ¿qué le dice a la gente
además de que use preservativos y no com-
rta jeringas— para vivir en la era del
DA?*

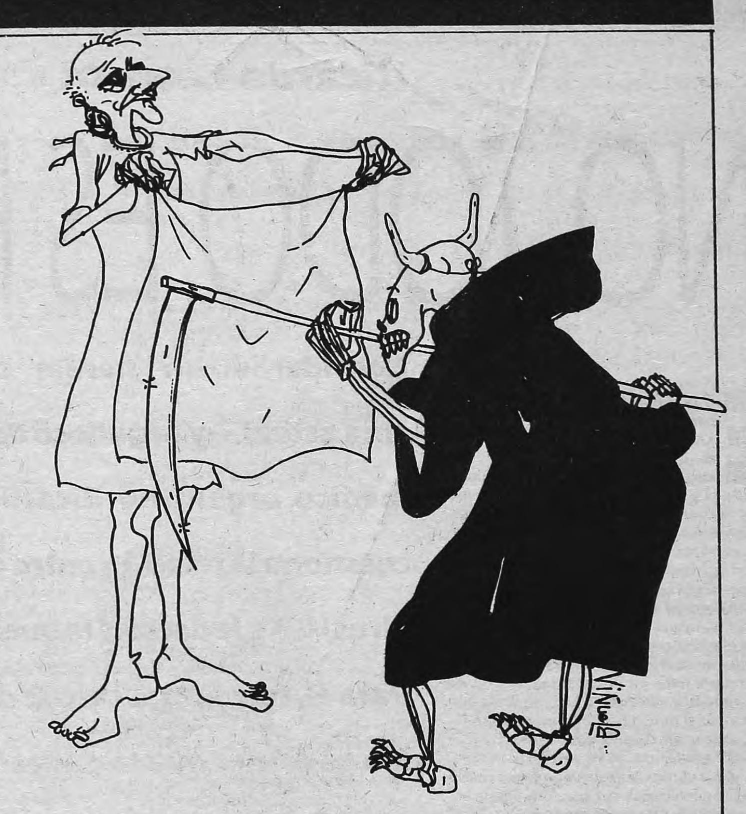
—Yo recomendaría que en este tiempo
ntemporáneo no se le tenga miedo a
la infección HIV, porque puede ser combatida, y cada vez con mayor éxito. El miedo a la infección es tan peligroso como la infección misma, porque nos hace impermeables al cuidado y permeables al tabú. Nos hace imposible la lucha. Hay que sustituir el miedo por el cuidado.

—*¿Confía en que pronto se hallará una vacuna?*

—Aunque no soy inmunólogo ni virólogo, soy bastante escéptico respecto de una posible vacuna, porque la mutabilidad del virus es cada vez mayor. Además, no varía sólo en sí mismo, sino respecto de los lugares de donde proviene. El que viene de Estados Unidos es distinto del de Africa o Europa, entonces es difícil lograr una vacuna. Y la posibilidad de medir su efectividad va a tardar mucho tiempo. Así que no debemos esperar una vacuna ciento por ciento efectiva en los próximos años. Sería bueno concentrar la energía en terapias más efectivas. Y usar a ultranza preservativos.

—*En su país se venden más preservativos, ¿los jóvenes cambiaron su conducta?*

—La venta de preservativos aumentó muchísimo en la población gay masculina. En los heterosexuales, apenas, y en la juventud es un gran problema, que debería ocuparnos en los próximos años, porque la gente joven —que recién se inicia en el sexo— tiene en su cabeza cosas muy diferentes a usar preservativo. Es fundamental encarar una educación en los grupos que estén en contacto con ellos (colegios, iglesias o lo que fuera) y lograr que no conciban la sexualidad con culpa, sino como un juego. Así como una vez se difundió en las mujeres su posibilidad de prevenir el embarazo, ahora debe hacerse con el SIDA en los chicos.



Según Willy Rozembaum

"SOLO UNA MINORIA DE PACIENTES APROVECHA LOS AVANCES CONTRA EL SIDA"

EL PAIS de Madrid

(Por Lucía Argos) Willy Rozembaum, de 47 años, diagnosticó el primer caso de SIDA en Francia y procuró a Luc Montagnier el cultivo de un ganglio con el que descubrió el virus en 1983. Diez años después, le duele que *sólo una minoría de pacientes se esté beneficiando de los avances,* porque el rechazo social les impide identificarse como tales. Rozembaum, que participa en el Congreso Internacional sobre Avances en Medicina que se celebra en Las Palmas, opina que "la modificación de los comportamientos sociales será más beneficiosa para los afectados que todos los progresos científicos".

En 1981, Rozembaum estaba "por casualidad" como profesor asistente en un servicio de enfermedades infecciosas y tropicales de París cuando recibió un boletín del Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (EE.UU.), en el que se reportaban cinco casos de varones homosexuales afectados por un extraño cuadro clínico. "Era el 7 de julio de 1981 y casualmente ese mismo día por la tarde recibía a un paciente, auxiliar de vuelo homosexual, que presentaba los mismos síntomas." Julio, agosto, setiembre. Las publicaciones médicas norteamericanas seguían dando noticias de casos similares. El, repasando con un colega, recordó que tres años atrás casos como éstos habían pasado por sus manos. Ante la posibilidad de que fuera una enfermedad nueva creó un grupo de trabajo sobre SIDA, que en 1982 se vio paralizado cuando Robert Gallo describió que el agente causante era un retrovirus. Ninguno del equipo era un experto en retrovirus.

"Después de este anuncio intentamos encontrar alguna persona que pudiera hacer el trabajo. Pero la respuesta siempre fue no. Estamos con otra cosa... Este tipo de enfermedad... homosexuales...", recuerda que le decían entre el desprecio y el miedo. En diciembre de 1982, Rozembaum habla en el Instituto Pasteur para explicar el estado de conocimiento de la enfermedad, una conferencia que acaba con la ya legendaria frase: "¿Hay algún retrovirólogo en la sala?". Nadie le contestó. "Estaba casi desesperado", rememora. Apenas pasaron unas horas cuando una colaboradora le sugirió llamar personalmente a Jean Luc Montagnier, virólogo del Pasteur. "Lo hice. Lo llamé, le expliqué lo que quería analizar y él me dijo: 'De acuerdo. ¿Cuándo empezamos? ¿La semana próxima? OK'." Montagnier recibió un cultivo procedente del ganglio de un paciente infectado y pocas semanas después de la conversación su equipo identificó al HIV, el virus responsable del SIDA.

Diez años han permitido a Rozembaum, médico del hospital de la Universidad de S. Antoine y profesor de la Universidad de París, ser más optimista sobre el control de la enfermedad. "Sobre todo, tenemos una visión más o menos clara de la estrategia de lucha. Hay progresos muy importantes. La gente es muy impaciente, pero la realidad es que las cosas van a una velocidad jamás esperada", explica. Ahora, sin embargo, lo que más le preocupa "es que los progresos van de prisa, pero los beneficios no están claros para los pacientes, incluso en países como los nuestros". Asegura que en Francia sólo el 50 por ciento de los afectados de SIDA está aprovechando los tratamientos terapéuticos. "Una razón importante es que es difícil darse a conocer como seropositivo por el estigma social que supone, y otra que no se está explicando suficientemente a los afectados los beneficios del tratamiento." Rozembaum está absolutamente convencido de que un cambio social tendría más beneficios en el enfermo que los avances científicos en este campo. "El progreso médico no es sólo técnico, es global. No hay ciencia sin conciencia", insiste.

El médico francés está esperanzado, al igual que colegas de otros países, en la terapia combinada de tres medicamentos: AZT, DDI y otro fármaco, tal y como ha sido descripta recientemente en la revista *Nature.* El ensayo en humanos empezará a hacerse en unas semanas en Estados Unidos y en un protocolo conjunto en Francia, Reino Unido y Alemania. Rozembaum explica así el experimento: "Hay una estrategia de ajedrez que consiste en ganar bloqueando al rey sin necesidad de matarlo. Es más fácil bloquearlo con tres piezas que con una".

Como francés y como médico, Rozembaum ha vivido el escándalo de la sangre contaminada en Francia con la que contrajeron el SIDA miles de ciudadanos: "Este fenómeno es el reflejo de la negación de individuos, instituciones y sociedades a la existencia de esta enfermedad", opina. "Pero a mí lo que realmente me escandaliza no es lo que pasó en 1985, en un período en el que los conocimientos no eran seguros, sino que hoy no se hace todo lo posible para evitar la transmisión en las condiciones que conocemos perfectamente", añade.

PRIMERAS VACUNAS EN EL '94

Una vacuna preventiva contra el HIV comenzará a probarse en humanos en el '94. Este anuncio lo hizo el jefe de investigaciones de la Harvard Medical School de Estados Unidos, Ronald esrosiers, al explicar en Bilbao que en esa cha comenzará a probar la vacuna obteni- con su equipo, siempre y cuando sea apro- da por los comités éticos de su país.

Aunque esta noticia suscita gran esperan- a largo plazo —se trata de la más radical efectiva de las vacunas que se están obando— es también el modelo de mayor esgo, porque utiliza el virus del SIDA, ate- ado. El investigador explicó que extraje- n cuatro componentes genéticos esencia- del virus y los inocularon en 18 monos y nguno desarrolló la enfermedad, ni siquie- cuatro a los que se les inyectó una dosis ble. El éxito con monos fue lo que los lle- a adelantar la experimentación en perso- s "porque en el caso del SIDA ganar unos os es muy importante". Antes, sin embar- , el equipo de Harvard experimentará en impancés durante seis meses.

Este tipo de vacunas tiene el problema de seguridad, por eso su experimentación en seres humanos genera planteos éticos. Los investigadores no pueden asegurar que la vacuna sea totalmente inocua a largo plazo. "Los componentes genéticos que hemos extraído impiden que el virus sufra mutaciones por un período largo, pero no sabemos si puede activarse en 15 o 20 años". Recién entonces se podrá conocer su grado de seguridad, "pero es mejor esperar veinte años que renunciar a tener una vacuna totalmente efectiva", opinó Desrosiers. El está convencido de que éste es el modelo que dará en el clavo, porque es el que se usó para combatir otras enfermedades.

Los otros experimentos que se están realizando, o usan el virus totalmente muerto (con lo cual su eficacia es relativa) o usan porciones aisladas del material del propio virus, lo que tampoco da una protección total.

Otra ventaja es que será mucho más barata —se obtiene fácilmente y con un mililitro se vacuna a 5000 personas—, lo que es fundamental para el Tercer Mundo, donde actualmente se encuentra el 80 por ciento de los infectados del mundo.

(Fuente: *The Guardian*)



NO TODO ES HIV

Por Fernando de Cicco

Considerado un "hereje" de la medicina actual —y orgulloso de serlo— el médico argentino Ricardo Leschot cuestiona la relación entre el SIDA y el virus HIV y le declara la guerra al AZT. Para él, hay tantas causas de SIDA como personas que lo padecen.



En 1984 lo echaron de un hospital público argentino por sus declaraciones a los medios. Desde entonces, investigó y trató a pacientes con SIDA en nuestro país, Brasil, Estados Unidos, Uganda y Kenia. El canal 4 de Londres usó sus informes para hacer un documental sobre SIDA en Africa, que vieron 50 millones de personas. Actualmente integra la comisión internacional para la reevaluación de la hipótesis SIDA-HIV, que incluye algunos candidatos al premio Nobel.

"Los médicos suelen ejercer medicina por obediencia debida —dice Leschot— y yo insisto que en el SIDA es todo tan nuevo que hay que tratarlo creativamente. Dentro de no muchos años, así como ya se empezó a desmitificar al dios AZT, todo ser humano inteligente habrá desmitificado al dios HIV. Si el HIV no alcanza, como parece, para explicar el SIDA, obviamente una vacuna contra el HIV no va a alcanzar para prevenir la enfermedad. Estamos perdiendo mucho tiempo porque hay muchas posibilidades terapéuticas a las que tendremos acceso únicamente si logramos que la ciencia tenga un poco de humildad y un poco de coraje. Falta coraje en los que manejan el SIDA en la Argentina, Brasil, en todos los países occidentales en los que he trabajado el tema. Para usar una frase trillada, el SIDA le sigue salvando la vida y mucho más que eso a los zares hipocráticos de todo Occidente. Es amoral lo que están cosechando con la mitología del AZT y con la mitología del HIV, y de todas las soluciones comercializables.

—¿Es la única persona que se opone al AZT en el país?

—No, hoy ya son muchos porque salieron las conclusiones del estudio Concorde, el estudio anglofrancés, científicamente válido, cosa que no se puede decir del norteamericano. El AZT fue lanzado en Estados Unidos sin cumplir con las premisas científicas básicas de la F.D.A. (organismo de control de los medicamentos a comercializar en ese país). Fue tan importante la presión, incluso de los grupos gays norteamericanos, que el AZT se aprobó antes de que demostraran su inocuidad. Paradójicamente los mismos gays, que son los que más SIDA tienen en Estados Unidos, permitieron que se lanzara una droga altamente peligrosa. Aunque también resulta altamente peligroso oponerse a los laboratorios que producen AZT. Yo pertenezco a una "tribu de herejes" que desde que salió el AZT ya teníamos buenas razones para sospechar que no era una droga recomendable, y sospecho que soy el único alópata especializado en SIDA en la Argentina que nunca recetó un solo comprimido de AZT. Para aclarar por qué me opongo al AZT explicaré su mayor incoherencia: al igual que el DDI y el DDC, el AZT parte de la falsa premisa de actuar como antiviral, cuando en realidad lo que hace es atacar al ADN de los linfocitos, o sea, paradójicamente ataca al sistema inmunitario.

—¿Y la gente que presenta mejorías por tomar AZT?

—Nadie tiene la respuesta. Hay personas que dicen que les hizo bien, incluso que les savó la vida. Yo no descarto esa posibilidad. Lo que es falso es que el AZT le prolongue la vida a un HIV positivo y está demostrado por el estudio Concorde, el único estudio limpio sobre AZT en la farmacología. Tampoco está establecido si el AZT sirve para pacientes con SIDA (ya despierta la enfermedad), ni está demostrado que le prolongue la vida un solo día más.

—Superado el AZT, ¿qué pasa con tanta expectativa, tanta desilusión?

—Depende de la inteligencia de la persona. La reacción fácil y lamentablemente habitual sería tomar esto como un fracaso de la medicina. Pero la medicina avanza también desmitificando. Yo más bien diría que es un triunfo del saber. Uno de los cofactores del SIDA es la visión "diet" del SIDA, la que divide al hombre en dos: por un lado el cuerpo, y por el otro el espíritu. Lamento que médicos, psicólogos y psiquiatras le rindan culto todavía a la mitología del AZT, y al HIV como causa del SIDA.

—Si el HIV no es la causa, ¿entonces cuál es?

—Hay tantas respuestas como personas con SIDA viven en el planeta Tierra. El SIDA, como los espejos, tiene algo de monstruoso para el hombre occidental. Y tal vez por eso la sociedad niegue con tanta indiferencia al SIDA. Yo descubrí que los pacientes que tienen SIDA, al preguntarles qué les pasó quizá unos dos meses antes del primer síntoma, se refieren a un cataclismo afectivo o social. Es decir, un virus que posiblemente esté presente en todos los organismos vivientes en cantidades ínfimas logra expresarse en un cierto contexto psicofísico, no antes. También descubrí un curiosísimo fenómeno: tanto en Haití como en Africa, sólo hay SIDA en las concentraciones urbanas. Recorrí pueblos fuera de las grandes ciudades que no contaban con un solo caso de SIDA, pues son pueblos que cuentan aún con su identidad cultural. El SIDA en Africa se debe a una occidentalización trucha. Otro dato curioso es que en el país modelo de Europa —Suiza— es donde hay más SIDA en proporción demográfica. ¿Por qué tanto SIDA en Suiza y en Estados Unidos, por ejemplo?

—Usted utiliza muy seguido la palabra identidad, ¿por qué?

—El SIDA es la enfermedad de la identidad. Quien tiene su identidad clara, sea cual fuere, no puede morirse de SIDA. Esto es muy importante terapéuticamente. Reforzar la identidad de una persona, reprogramarla cronológicamente. Todos mis pacientes de SIDA, cuando les pregunté hasta qué edad querían vivir, me respondieron: "Unos años más si estoy sano, en realidad nunca quise llegar a viejo". Significa que ese hombre o esa mujer están mal programados en el contexto del tiempo. Si no logra hacer las paces con el tiempo no habrá vacuna, o laboratorio que lo salve. Es más urgente todavía que el paciente haga la paz con su muerte, que la acepte, pues no alcanza estar vivo por temerle a la muerte. Es urgente que lo haga si quiere vencer al SIDA.

—¿Qué hay de cierto en la cura del SIDA, o es simplemente el deseo de la buena voluntad?

—No. Hay varios casos de SIDA que se han curado e, incluso, negativizado, que al no encajar con la mitología reinante no se estudian, no se miran porque en definitiva molestan. Hay varios casos de criaturas con SIDA atendidas acá en la Argentina que se han curado de las manifestaciones letales del SIDA, y además se han negativizado. El famoso Michael Callen, que fue el primer orador del simposio de Amsterdam, que en el '82 tenía de 6 a 18 meses de vida, con neumonía, internado en un hospital de Nueva York. Luego hizo sarcoma de Kaposi, candidiasis, varios síntomas que en un paciente gravemente inmunodeprimido pueden ser letales. Y 10 años después, cuando yo lo conocí, estaba vivo y sano, sin haber tomado una sola pastilla de AZT. Según él, es muy probable que una persona sana que tome AZT todos los días, se muera de AZT en 4 o 5 años. Michael Callen no es dueño de la verdad, pero hoy sí es dueño de la vida. Y tenía SIDA hace 11 años. Hay muchísimos casos de personas que hace 11, 12, 13 años se morían de SIDA para la medicina y hoy están vivos, algunos de ellos frágiles, pero en general sanos. Es vergonzoso que la medicina no los haya estudiado, que le falte humildad ante estas personas que en definitiva son las que saben y conocen el tema SIDA. En Africa siempre cuento la historia de la madre que, moribunda, decidió a último momento que no podía dejar a sus tres huerfanitos atrás sin un techo. En mi hospital en Kampala, Uganda, ella se estaba muriendo cinco años antes que la conociera. Se arrastró de la cama y construyó un ranchito de barro y hojas de bananero, y pensó "mis chicos no deben verme morir en esta única habitación". Le pidió otra tregua a la vida y construyó dos habitaciones más, otra tregua más y compró gallinas y chanchos, y otra y otra, hasta construirse una casa de material haciendo cestería. Cuando la conocí me dijo: "Doctor, cuando hago cestería, si pienso en el SIDA, me equivoco en la trama. Es decir, cuando hago cestería no tengo SIDA". Para ese momento ya había construido una casa de 7 habitaciones, una mansión para Uganda, y comenzó a construir otro rancho para que sus hijos se fueran a vivir ahí y pudieran alquilar la otra casa si ella se moría... Dudo que el paradigma médico vigente sea sobreviviente al SIDA.

—¿Cómo es eso del llamado SIDA invisible?

—En febrero fui a dar una conferencia en Miami y hablé de los casos de HIV positivo que se han negativizado. Había médicos y enfermeras, y justamente una de ellas me comentó luego que en la sala de SIDA de su hospital los médicos se estaban agarrando la cabeza, pues había dos casos de SIDA claramente diagnosticados que son absolutamente HIV negativos. Hay casos en la Argentina, Estados Unidos, Europa y Africa. ¡SIDA sin HIV! Esto nos obliga a tener coraje y preguntarnos si es necesario el HIV para que exista el SIDA. Por otro lado cuidado con cómo se maneja la información, pues se podría crear una paranoia mayor. La mejor manera es romper con la linealidad que se ha construido para el contagio del virus. Hay que apuntar para otro lado..., sin olvidar la palabrita ecología, tan importante en el SIDA. El hombre está serruchando la rama en la que está sentado.